

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

181

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Armand HERVO

De la Faculté de Médecine de Paris
Interne des Hôpitaux du Havre
Né à Cleguerec (Morbihan) le 13 Novembre 1907

LA TORSION
DE LA TROMPE UTÉRINE SAINTE
AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Armand HERVO

De la Faculté de Médecine de Paris
Interne des Hôpitaux du Havre
Né à Cleguerec (Morbihan) le 13 Novembre 1907

LA TORSION
DE LA TROMPE UTÉRINE SAINTE
AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
	ACHARD.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNéo.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri)... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI , Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale
 VELTER Ophtalmologie
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN.....		LE LORIER.....	
BRULE.....		LÉVY-SOLAL ...	
CHIRAY		METZGER	
DUVOIR.....			
HARVIER			
LIAN.....			
MM.			
BASSET	} Clinique chirurgicale.		
CADENAT.....			
HEITZ-BOYER ..			
MOCQUOT			
MOURE			
SCHWARTZ.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY.....	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Je dédie ce travail, faible
témoignage de ma reconnais-
sance et de ma profonde af-
fection.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MA BELLE-SŒUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté

Témoignage de vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre jury

A MON JURY DE THÈSE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE LEROUX

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur de clinique obstétricale.
à l'École de Médecine de Nantes.

*Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse et m'a aidé de ses
conseils. En témoignage de ma
respectueuse affection et de ma
profonde reconnaissance pour
la bienveillance qu'il m'a tou-
jours montrée.*

A MONSIEUR STÉPHANE STROWSKI

Ancien Élève de l'École Nationale Supérieure
Professeur agrégé de Philosophie
Docteur en Droit.

A qui je dois mon orientation dans l'étude de la médecine, Je le prie d'accepter ce gage de mon affectueuse reconnaissance.

A MES AMIS ET COMPAGNONS D'ÉTUDES

ANDRÉ ROLLAND,
JEAN LIOT ET ANDRÉ BOURMALO

Internes des Hôpitaux du Havre.

*En témoignage de notre
vieille amitié.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

Stage

MESSIEURS LES PROFESSEURS J. SÉBILLEAU
ET FAVREUL.

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRELET.
MADAME LE DOCTEUR POUZINR-MALLÈGUE.
MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLON.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSSE (*in memoriam*).
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX.
MONSIEUR LE DOCTEUR LE MEIGNEN.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DU HAVRE

Hôpital Pasteur

MONSIEUR LE DOCTEUR TESTARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR PORCHERON.

Maternité

MONSIEUR LE DOCTEUR GIBERT.

Hôpital Général

MONSIEUR LE DOCTEUR STEMPOWSKI.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROMAIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR FILLIOL.

AVANT-PROPOS

La torsion des annexes saines a déjà fait l'objet d'études nombreuses.

Cependant l'étude particulière de cette torsion dans le cas de la grossesse, n'a fait l'objet que d'un nombre restreint d'observations. Nous voudrions à notre tour, en limitant le domaine de notre examen à la torsion de la trompe saine au cours de la grossesse apporter notre contribution aux travaux effectués dans cet ordre d'idées par certains auteurs. Il s'agit en effet d'un accident, que l'on considère à bon droit comme rare : nous n'avons pu recueillir que cinq observations, sur la matière, dans la littérature médicale.

Notre maître, M. le Professeur Leroux, a bien voulu nous en signaler deux cas nouveaux. C'est lui qui nous a suggéré l'idée de composer la présente thèse sur ce sujet. Qu'il nous soit permis ici de lui exprimer notre gratitude respectueuse, tant pour cette suggestion que pour la bienveillance éclairée qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

La question que nous nous proposons de traiter

doit être délimitée strictement dès le début. Dans notre travail, nous n'envisagerons que ce genre de torsion intra-abdominale, qui se produit dans des trompes saines, c'est-à-dire n'ayant jamais eu, dans le passé d'histoire clinique, bref dans des trompes qui se montrent normales au point de vue macroscopique et qui, à l'examen histologique, ne présentent aucune lésion autre que des lésions récentes d'infiltration sanguine, due à la torsion.

HISTORIQUE

Le premier cas de torsion isolée de la trompe au cours de la grossesse a été observé par LECÈNE. Cette observation a été reprise dans un travail d'ensemble par AUVRAY, travail publié dans les *Archives Mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, en juillet 1912. Cet auteur y mentionne en outre deux autres cas de torsion des annexes pendant la grossesse.

Puis, après un silence de quelques années, les publications reprirent avec les cas de Hoffmann (1921), Bittmann et Eunike (1922), Cabanès (1924).

Enfin nous rapportons deux observations inédites de notre maître M. le Professeur LEROUX.

Ce sont bien là des cas relativement rares, comme on le voit.

OBSERVATIONS

A) Observations Personnelles

OBSERVATION I.

M^{me} G..., primipare de 27 ans, habituellement bien portante.

INTERROGATOIRE :

Père et mère vivants, ; 1 frère en bonne santé.

Réglée à 12 ans, ses règles ont été toujours régulières, douloureuses, peu abondantes durant trois jours au maximum.

Fièvre typhoïde en 1930.

Dernières règles du 1^{er} au 3 mars 1933.

Apparitions des mouvements actifs à 4 mois 1/2.

Age de la grossesse : 7 mois.

Au cours de la grossesse : très nombreux et très fréquents vomissements au début ; douleurs lombaires presque constantes, mais à l'examen d'urine pratiqué dans le 5^e mois : pas d'albumine.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le 14 octobre 1933, au matin, M^{me} G..., souffre de douleurs siégeant dans la région lombaire et prédo-

minant à gauche, douleurs comme elle n'en a jamais ressenties au cours de sa grossesse (évaluée à 7 mois). Elle accuse de nombreux vomissements au cours de cette journée et elle attend le 15 octobre pour faire venir son médecin le Dr V..., ses douleurs allant grandissant ; celui-ci lui impose une diète absolue, après cette visite, la malade est reprise de douleurs de plus en plus marquées avec maximum dans l'hypochondre gauche. Le Dr V..., rappelé dans la nuit, prescrit des suppositoires qui calment ces douleurs.

Peu de fièvre, aux dires de la malade mais, vomissements très fréquents.

Le 16 octobre, on note un arrêt complet des vomissements et une reprise des douleurs de plus en plus violentes avec une prédominance continuelle à gauche ; le soir elles deviennent intolérables et s'irradient de plus vers le région lombaire.

Le 17 octobre les douleurs ne cessent plus et le Dr V..., est rappelé deux fois.

Le 18 octobre le tableau clinique reste toujours le même mais en pire. Les vomissements reprennent, de coloration verdâtre et même noirâtre, « la malade pense rendre la matière par la bouche ».

Devant l'intensité de ces symptômes, le Dr V... décide son transport à l'Hôtel-Dieu de Nantes. A son arrivée, à 18 h. 30, vue par un accoucheur : le Dr Lerat et le service de garde, on décide d'intervenir d'urgence.

A ce moment, le tableau clinique est le suivant : vomissements bilieux à type occlusif ; ni gaz, ni ma-

tières depuis le vendredi 13. Température normale, pouls à 100.

A l'examen : défense musculaire au niveau de l'hypocondre gauche avec perception à la palpation d'une *petite masse para utérine*, dure et très douloureuse, faisant penser à la torsion d'un kyste de l'ovaire et éventuellement à celle d'une trompe.

Intervention par le Dr Charles Mirallié, chirurgien de garde.

Une laparotomie médiane sous ombilicale est pratiquée et on tombe directement sur une *trompe gauche tordue sur elle-même de deux tours* complets dans le sens des aiguilles d'une montre, cette torsion siège entre le tiers interne et le tiers moyen. Il est procédé à l'ablation de cette trompe. Celle-ci est hypertrophiée, congestionnée et contient un liquide séro-hématique. L'ovaire ne participe pas à la torsion mais est néanmoins enlevé.

Les suites opératoires sont normales jusqu'au 26 octobre. Ce jour-là M^{me} G..., recommence à souffrir dans la région lombaire, elle n'y attache aucune importance car, elle explique ces douleurs par deux chutes consécutives qui lui seraient arrivées au cours de sa grossesse l'une à 4 mois 1/2, l'autre le 11 octobre.

Le 27 octobre au soir, ces douleurs s'accroissent et se précisent, la malade souffre de coliques qui font déjà penser à un accouchement prématuré.

Le 28 octobre, les douleurs sont continuelles et le service de chirurgie dans lequel elle se trouve l'adresse

à la Maternité clinique (service de M. le Professeur Leroux) ; les douleurs étant tout particulièrement intolérables il lui est fait une injection sous-cutanée de morphine de un centigramme à 21 heures.

Le 29 octobre, à 3 heures du matin, les douleurs reprennent, il lui est fait une nouvelle piqûre de morphine à la même dose que précédemment. Celle-ci n'empêche toutefois pas les coliques de s'amplifier ; si bien que la malade accouche à 7 heures 25 du matin d'un *fœtus du sexe masculin macéré*, d'environ sept mois, dont la mort remonte déjà à plusieurs jours (d'ailleurs, la malade déclare qu'elle ne sentit plus remuer depuis l'intervention chirurgicale). Le liquide amniotique est d'ailleurs teinté : couleur jus de pruneaux.

La suite de l'accouchement (très facile d'autre part) et la délivrance sont normales ; toutefois le placenta est légèrement altéré de couleur brunâtre et même verdâtre sur l'un de ses bords.

Le 30 octobre, *les suites de l'accouchement* paraissent normales, lorsque treize jours après l'intervention chirurgicale la malade accuse des douleurs au niveau de la face interne de la cuisse gauche avec un œdème de tout le membre inférieur, faisant penser à une *phlegmatia alba dolens* qui, au 8 novembre évolue normalement.

Il existe un peu de température 37°5 à 38° et un pouls variant de 90 à 100.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCOUCHEMENT. Début du

travail : 27 octobre à 5 heures du matin. Présentation : céphalique.

Rupture des membranes : spontanée le 29 octobre à 7 heures.

Liquide amniotique : couleur jus de pruneaux.

Position au moment du dégagement : occipito-pubienne.

Délivrance : expulsion spontanée à 8 heures, sans perte de sang.

Placenta : se présentant par la face fœtale.

OBSERVATION II

M^{me} P..., 23 ans, primipare, est vue par M. le Professeur Grosse, le 1^{er} novembre 1929, enceinte de 5 mois environ.

Sa grossesse s'est passée sans incidents.

Les dernières règles datent du 16 au 20 mai 1929. Elle a été réglée à 13 ans, toujours très régulièrement. Or le 1^{er} novembre, elle est prise brusquement d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite avec irradiations lombaires. L'examen montre un rein douloureux à la palpation, et, l'on réveille également une douleur aux points urétéraux. Les urines sont claires. Le diagnostic est hésitant, mais on pencherait vers celui de colique néphrétique. Ces phénomènes douloureux s'amendent rapidement, et la grossesse se poursuit ensuite normalement.

Le dimanche 12 janvier 1930, la malade revient de Lorient à Nantes en proie à une violente crise douloureuse abdominale. Le médecin de la famille appelé lui fait une injection de morphine qui lui procure une nuit à peu près calme.

Le lendemain, 13 janvier, les douleurs reprennent, accompagnées de vomissements. L'examen montre un abdomen ballonné, la palpation révèle une zone de défense dans la fosse iliaque droite. Le toucher montre un col ramolli, un utérus gros, mais il ne révèle rien d'anormal dans les culs-de-sac. La température est de 38°2. Le faciès est altéré, les yeux excavés.

Le diagnostic est hésitant, néanmoins *l'intervention chirurgicale* est décidée et pratiquée le 13 janvier 1930, à 18 heures.

Anesthésie générale au Schleich.

L'incision est faite à droite. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule du *liquide séro-hématique* sans odeur et l'on trouve un *gros caillot* libre du volume d'une orange. Mais la lésion siège sur *la trompe droite*., qui est tordue sur elle-même de quatre tours de spires, dans le sens des aiguilles d'une montre. Elle a l'aspect d'une aubergine.

Résection de la trompe tordue, l'ovaire droit est laissé en place. Fermeture en 3 plans sans drainage. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'une trompe normale, augmentée de volume par œdème interstitiel.

Après l'opération, on pratique matin et soir des injections d'huile camphrée et de coramine ainsi que

de morphine, dans le but d'éviter les contractions utérines.

Le 16 janvier, devant la persistance du ballonnement abdominal et des vomissements, on fait un lavage d'estomac qui ramène un liquide verdâtre.

Le 17 janvier, à midi, le travail commence. L'examen montre qu'il s'agit d'une O. I. G. A. La dilatation du col est complète à 15 heures. A 16 h. 30, le fœtus est expulsé, la position au moment du dégagement étant l'occipito-pubienne. Le fœtus expulsé est macéré et commence à desquamier. La délivrance se fait à 16 h. 50 sans incident.

Néanmoins l'état de la malade s'aggrave dans la nuit, et elle meurt le lendemain, 18 janvier, à 4 h. 30, dans le collapsus.

B) Observations recueillies dans la littérature

OBSERVATION III

(LECÈNE)

TORSION TUBAIRE PENDANT LA GROSSESSE. (*Archives Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, Juillet 1912).

Femme de 21 ans, secondipare. Enceinte de cinq mois, avec douleur dans le bas ventre depuis le début de la grossesse. Brusquement, le 7 septembre 1911, elle éprouve une violente douleur, dans la fosse iliaque

droite, diarrhée ; pas de vomissements. A partir du 8 septembre, suppression des selles ; le 10, plusieurs vomissements ; le 11, entre à Bichat, pas de fièvre, pouls à 100, faciès un peu anxieux.

A l'examen, on constate un utérus gravide de cinq mois dépassant l'ombilic. Dans la fosse iliaque droite, sur le bord droit de l'utérus, on a la sensation vague d'une *masse latéro utérine extrêmement douloureuse*, derrière une paroi contracturée ; l'utérus lui même est indolent et mobile.

On pense à une appendicite et, vu l'état général sérieux, malgré l'absence de fièvre, on intervient immédiatement.

Incision iliaque droite ; dissociation musculaire ; le péritoine ouvert ; on constate que la masse vaguement perçue derrière la paroi est constituée par les deux tiers externes de la trompe droite, tordue de deux tours de spire complets.

La trompe tordue à l'aspect d'une aubergine ; l'ovaire, indépendant de la torsion, est laissé en place. Ablation de la portion de la trompe tordue.

On recherche l'appendice, qui est rétroversé, adhérent mais non enflammé récemment. Appendicectomie. Réunion de la paroi sans drainage. Guérison. La grossesse continue à évoluer.

Anatomiquement, il y a infarctus hémorragique de la portion de la trompe tordue ; la lumière tubaire est normale mais dilatée, le pavillon est normalement frangé et largement ouvert.

Histologiquement ; lésions d'infarctus hémorragique sans autre lésion de la paroi tubaire.

OBSERVATION IV

(HOFFMANN)

TORSION ISOLÉE DE LA TROMPE NORMALE AU HUITIÈME MOIS DE LA GROSSESSE (*Zentralblatt für gynakologie*, 1921, page 1188).

Femme de 27 ans, habituellement bien portante. Première grossesse de huit mois. Brusquement, douleurs violentes abdominales avec vomissements. Le deuxième jour, le médecin l'envoie à l'hôpital pour une tumeur iléo-cœcale.

Examen : le fond de l'utérus correspond à une grossesse de huit mois ; présentation du sommet ; bruits du cœur normaux. Dans la région iléo-cœcale le ventre est très sensible à la pression. Légère défense musculaire. Légère élévation thermique et arrêt complet des gaz.

Diagnostic : appendicite.

Opération : incision oblique dans la région appendiculaire, exsudat séreux dans la cavité péritonéale ; utérus dans le fond de la plaie opératoire.

Par un mouvement latéral sur l'utérus, on aperçoit dans la profondeur une tumeur bleue noirâtre de la grosseur d'un œuf d'oie. Il s'agit de la trompe droite tordue à 360° autour d'un grêle pédicule anémié

et en spirale. La trompe est rénitente : l'extrémité des franges est libre. Aucune adhérence ; la trompe détordue est enlevée.

L'ovaire est laissé intact à côté de la trompe.

L'examen de la pièce montre que l'ovaire n'est pas intéressé et que la torsion décrit la moitié d'un tour de vis à l'union du tiers interne et du tiers moyen de la trompe.

L'examen microscopique, révèle une forte dilatation veineuse donnant à la pièce un aspect pseudokystique. Il n'existe aucun processus inflammatoire. Il s'agit, en résumé, d'un infarctus hémorragique récent de toute la trompe et du mésosalpinx, avec destruction complète de la muqueuse.

OBSERVATION V

(BITTMANN)

TORSION SPONTANÉE DE LA TROMPE PENDANT LA GROSSESSE. (*Casopsis Lakarov ceskych*, 1921).

M^{me}....., 28 ans, secondipare. Apparition subite de douleurs abdominales violentes avec nausées. La crise se renouvelle trois jours après.

Examen : ventre ballonné, côlon énormément dilaté, douleur à la pression dans le côté droit ; aucune tumeur à la palpation, toucher négatif.

Pendant l'opération, on trouve la trompe droite ; sa partie libre est transformée en tumeur de la

gros seur d'une mandarine rouge bleuâtre, tendue, brillante, rejetée sur le côté antérieur du ligament large.

La trompe est enlevée. La trompe gauche est très longue. Il s'agit de la torsion d'une trompe normale très longue, infantile, n'intéressant pas l'ovaire, avec hématosalpinx secondaire.

OBSERVATION VI

(EUNIKE)

ISOLIERTE TORQUIERTE NORMALE TUBE (*Zentralblatt für gynakologie*, 1922, n° 34).

Absence de règles de deux mois, de temps en temps, quelques douleurs à droite. Depuis quatorze jours, les douleurs persistent, puis les vomissements apparaissent, les douleurs deviennent plus vives, absence de gaz.

Antécédents : toujours bien réglée, six grossesses antérieures, quatre enfants vivants.

A l'examen : ballonnement léger, contracture antérieure et hypéresthésie à droite ; le fond utérin correspond à une grossesse de deux à trois mois. Diagnostic posé : appendicite.

Opération : liquide clair, légèrement rouge dans le péritoine. A droite, tumeur violacée, mollassse, c'est la trompe droite, avec des adhérences récentes ; on trouve une quadruple torsion dans le sens inverse

des aiguilles d'une montre. Appendice tout près de la trompe.

On enlève la trompe et l'appendicite, ovaire droit normal et trompe normale en dehors des lésions de torsion ; à gauche, trompe très longue.

OBSERVATION VII

(CABANÈS)

TORSION DE LA TROMPE AU HUITIÈME MOIS DE LA GROSSESSE (*Bul. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1924, page 508).

Femme de 23 ans, primigeste. Elle présenta au sixième mois de légères douleurs dans la fosse iliaque droite. Au huitième mois, apparition de douleurs violentes au même niveau, localisées, avec quelques vomissements. Pouls bien frappé à 70. Température à 36°8. Palpation : douleur et défense au niveau du point de Mac Burney, jusqu'à l'arcade crurale.

Utérus volumineux, tendu, comme en contracture permanente. Aucune tumeur n'est perçue, ni au toucher, ni au palper.

Trois jours après, l'anorexie et l'insomnie durent, les selles restent normales.

La malade remue constamment dans son lit, ne trouvant jamais comme une calculeuse, de position de repos. Diagnostic : appendicite. Traitée par lit, glace, diète.

Les jours suivants, les douleurs restent continues, le pouls et la température identiques (37° et 64 au pouls). Les symptômes locaux persistent, l'anorexie augmente.

L'insomnie persiste, absolue malgré les calmants. Incision du Mac Burney fait découvrir une masse arrondie, lie de vin, c'est la trompe tordue de deux tours de spire en antétorsion. A l'extrémité externe elle a le volume d'un petit œuf. On reconnaît bien les franges du pavillon. Niveau de la torsion entre le tiers interne et moyen. Gros vaisseaux turgescents sous le péritoine. Ligature et section de la trompe à 1 centimètre de l'utérus. L'ovaire sain est respecté. Suites simples.

Accouchement normal vingt jours plus tard. Au microscope : il s'agit d'une trompe saine typique, tordue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tous les cas de torsion tubaire, au cours de la grossesse, relevés dans la littérature médicale, ont été traités par l'ablation de l'annexe lésé. Aussi, l'intervention, permet immédiatement de constater deux choses : d'une part l'existence de sang dans la cavité péritonéale ; d'autre part, la présence d'une tumeur pelvienne juxta-utérine.

Le liquide épanché, de quantité variable : est formé soit de sang pur, soit le plus souvent de liquide sero-hématique. Dans une des nos observations, il existait un gros caillot libre du volume d'une orange, (Observation II).

La tumeur pelvienne est de couleur noire violacée.

Son volume varie de celui d'un petit œuf à celui d'une mandarine.

La torsion siège généralement entre le tiers interne et le tiers moyen.

Le sens de la torsion est presque toujours celui des aiguilles d'une montre.

Le nombre de tours de spire varie de un à quatre tours au maximum, il est de deux en moyenne.

A l'ouverture de la trompe on met en évidence une lumière tubaire élargie qui contient du sang liquide et des caillots.

Dans ces trompes tordues, déclarées préalablement saines, on ne doit trouver aucune lésion macroscopique. De plus, l'examen histologique ne doit montrer en général « qu'une congestion intense des vaisseaux, une dilatation veineuse considérable, des ruptures vasculaires avec infarctus hémorragique massif et nécrose des tissus normaux ». (LECÈNE).

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

En dehors de la gravidité, l'extrémité externe de la trompe est très mobile. Pendant la grossesse, cette mobilité va en augmentant ; la trompe, s'élevant dans l'abdomen avec le fond de l'utérus. La grossesse peut donc être une cause de torsion par son mécanisme car il semble bien que la mobilité de la trompe soit pour beaucoup dans la pathogénie des accidents.

Ne pourrait-on pas invoquer également la congestion des organes pelviens que provoque la grossesse ?

Peut-être pourrait-on aussi l'expliquer par la persistance de ces flexuosités des trompes qu'on rencontre normalement pendant la vie fœtale ; ou bien encore par une longueur anormale des trompes. (Observations V. et VI).

Examinons maintenant les **rapports des crises de torsion tubaire avec les éléments de la grossesse.**

L'âge des malades semble être compris entre 20 et 30 ans. Dans les observations que nous avons relevées, on l'a noté dans un cas à 21 ans, dans deux autres à 23 ans, deux fois à 27 ans, 1 fois à 28 ans.

Le nombre des grossesses antérieures est presque toujours faible. Sur les sept malades de notre statistique ; elle s'est produite quatre fois chez des primipares, deux fois au cours de la deuxième grossesse, une fois chez une malade ayant eu six grossesses.

L'âge de la grossesse est variable. L'analyse des faits montre que la torsion s'est produite : une fois au deuxième mois de la grossesse, dans deux cas au cinquième mois, dans un autre au septième mois, et enfin deux fois au huitième mois.

C'est un fait remarquable que les torsions tubaires au cours de la grossesse, concernent six fois sur sept, dans les observations relevées, le côté droit.

Mais tous ces mécanismes ne peuvent expliquer à eux seuls l'étiologie et la pathogénie de ces torsions. Ces hypothèses sont vraisemblables, mais la question de la pathogénie reste fort obscure ; et nous dirons avec Jean-Louis FAURE que « savoir comment elles se « tordent n'a pas grande importance, l'important « est de savoir qu'elles se tordent et de s'attendre « à les rencontrer ».

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude des sept observations que nous avons relevées, nous permet de distinguer deux formes de la torsion tubaire au cours de la grossesse.

L'une, c'est la **torsion aiguë** d'emblée imposant l'intervention d'urgence (Obs. IV et V).

L'autre, plus fréquente est la **torsion subaiguë** ou à poussées successives, caractérisée par plusieurs crises douloureuses, aboutissant finalement à un épisode aigu, qui nécessite une sanction chirurgicale rapide. (Obs. I, II, III, VI et VII).

Nous allons donc essayer de tracer un tableau de la forme aiguë, se rapprochant le plus possible de la réalité ; puis nous étudierons rapidement certains symptômes et leurs variations.

La parturiente, jusque-là bien portante, ressent brutalement une douleur extrêmement violente dans l'abdomen.

Cette douleur siège à la partie inférieure de l'abdomen avec irradiations en arrière dans la région dorso-lombaire.

Bientôt apparaissent les vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux.

Au bout de quelques heures, la douleur se localise bien mieux, soit dans le petit bassin, soit plus généralement dans la fosse iliaque, du côté de la torsion.

Les troubles digestifs sont très marqués à cette période. Les vomissements qui accompagnent souvent le début de la crise sont presque constants. La constipation est de règle. Il y a même parfois arrêt complet des matières et des gaz et ce symptôme prend parfois une importance prépondérante. Nous citerons l'Observation I, très démonstrative.

L'état général est le plus souvent peu atteint. Le faciès est quelquefois un peu altéré, pâle, anxieux. L'état d'agitation est parfois très caractéristique. (Obs. VII).

La température est normale dans la majorité des cas et monte rarement au delà de 38°. Le pouls varie peu, il est rare de le voir dépasser 100 ; il est généralement régulier, bien frappé.

A l'examen, le ventre nous apparaît le plus souvent ballonné.

La douleur provoquée à la palpation ne manque jamais ; elle est tantôt diffuse tantôt localisée à une fosse iliaque et la palpation même légère y provoque une vive douleur.

La palpation nous permet parfois de percevoir une tumeur correspondant à la torsion, soit dans la fosse iliaque. (Obs. III), soit dans l'hypocondre (Obs. I). Cette masse para-utérine est rénitente et douloureuse et est dans ce cas abdominale et non pelvienne.

Le toucher vaginal, combiné au palper, est un examen indispensable qui nous donne des renseignements très précieux. Au toucher le col est ramolli, le corps utérin plus ou moins gros suivant l'âge de la grossesse. Les culs de sac sont souples, et aucune tuméfaction n'y est perceptible, la tumeur ne tombant pas dans le Douglas, l'âge de la grossesse étant déjà avancé dans presque toutes les observations que nous avons relatées.

Les formes aiguës des torsions tubaires n'affectent pas toujours la même allure clinique. Aussi nous pouvons décrire :

Des **formes à poussées successives** ou formes récidivantes, particulièrement fréquentes. Dans ces cas, après un épisode aigu, la douleur se calme. Mais, les jours suivants ou quelques semaines plus tard (Obs. II), il se produit une récurrence de la crise tortionnelle toujours plus grave.

Enfin nous pouvons citer des **Formes occlusives** (Obs. I). Dans ce cas, la malade présentait un arrêt complet des matières et des gaz, des vomissements fécaloïdes.

ÉVOLUTION-COMPLICATIONS

Dans toutes les observations que nous avons relevées, l'intervention chirurgicale fut décidée. L'ablation de la trompe tordue arrête bien entendu l'évolution et ne nous permet pas d'envisager les éventualités qui pourraient se produire en cas d'abstention. Néanmoins, nous pouvons penser, qu'abandonnée à elle même la torsion pourrait aboutir à une rupture de la trompe compliquée de péritonite ; ou se terminer par une hémorragie secondaire qui emporterait la malade.

Il importe d'envisager maintenant le *retentissement que peut avoir cette torsion tubaire sur la grossesse*. Dans l'Observation n° VI, nous voyons la torsion se compliquer de péritonite séreuse.

Peut-elle aussi se compliquer d'avortement ou d'accouchement prématuré ?

Dans les Observations I et II, la grossesse n'a pu arriver à terme et s'est terminée par l'expulsion de fœtus macérés. Mais il semble bien établi que cet arrêt de grossesse soit dû à l'intervention chirurgicale trop tardivement pratiquée.

Dans tous les autres cas, la grossesse n'a pas été interrompue par l'acte opératoire et les malades ont parfaitement guéri. Sauf toutefois une des malades dont nous rapportons l'observation (Ob. II).

PRONOSTIC

Comme nous venons de le voir le **pronostic maternel** est presque toujours bon.

Sauf un cas malheureux (Obs. II), tous ceux que nous relevons dans notre courte statistique, se sont terminés par la guérison complète des femmes. Ces guérisons n'ont d'ailleurs été obtenues que grâce à l'intervention chirurgicale précocement pratiquée. L'amélioration du pronostic, appartient donc bien à la chirurgie obstétricale.

Le décès de la malade (Obs. II) dont nous rapportons l'observation, n'infirmes pas cette assertion. Cette malade a en effet été opérée deux mois et demi après l'accident initial ; et elle semble avoir succombé à une péritonite.

Étudions maintenant le **pronostic fœtal**. Dans toutes les observations que nous avons relevées, l'intervention chirurgicale ne semble pas avoir interrompu l'évolution de la grossesse. Certains auteurs, cependant, ne sont pas toujours très explicites sur la terminaison de cette grossesse. Il semble donc à les lire, que le pronostic soit favorable pour le fœtus.

Par contre, — s'agit-il de cas malheureux —, dans deux de nos observations, peu de temps après l'intervention, les fœtus ont été expulsés *morts et macérés*. La mort nous semble imputable, dans ces cas, aux accidents graves qui accompagnaient la torsion tubaire, et plus particulièrement aux syndromes péritonéal (Obs. II) et occlusif (Obs. I).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de torsion tubaire au cours de la grossesse, est fort difficile, sinon impossible. Certains auteurs ont pu l'envisager (Obs. I, sans toutefois l'affirmer. Mais étant donné la ressemblance des signes observés, avec ceux d'autres affections, qui exigent une sanction chirurgicale rapide : telles que l'appendicite et la grossesse extra-utérine rompue, le kyste de l'ovaire à pédicule tordu, l'erreur n'est pas lourde de conséquences.

Il est bien évident que les erreurs auxquelles on peut être exposé dépendent de l'âge de la grossesse, et cliniquement sont fonction du volume de l'utérus. Si bien, que le tableau clinique se présente de façon différente suivant que la torsion tubaire se produit au début de la grossesse ou au contraire à une période avancée de celle-ci, comme nous l'avons noté dans la majorité des cas.

Cette variété du tableau clinique explique le disparate des diagnostics que nous sommes appelés à discuter. Les erreurs les plus fréquemment relevées sont celles d'appendicite, de kyste de l'ovaire ou de

fibrome sous péritonéal à pédicules tordus : accessoirement, les différentes coliques, néphrétiques surtout, la salpingite banale. Enfin, lorsque la malade est vue tardivement, le syndrome de péritonite ou d'occlusion domine la scène, et il devient difficile de remonter à son étiologie précise.

Néanmoins, il nous semble difficile de faire une distinction entre les différents diagnostics que l'on peut être appelé à discuter soit au début, soit dans la seconde moitié de la grossesse. Ceci nous obligerait à de fréquentes répétitions, et de plus la majorité des accidents envisagés peuvent venir compliquer n'importe quelle époque de la grossesse.

Il nous semble plus logique, de tenir compte des renseignements fournis par l'examen physique pour grouper nos différents diagnostics différentiels.

I. — Dans un premier ordre d'idées, SUPPOSONS QUE LA PALPATION DE L'ABDOMEN OU LE TOUCHER VAGINAL COMBINÉ AU PALPER NE NOUS PERMETTENT DE DÉCELER AUCUNE MASSE DOULOUREUSE ABDOMINALE.

S'agit-il de **crise appendiculaire** ?

Quatre fois, en effet, dans les observations précitées, l'on a pensé d'abord à cette affection. Mais la contracture est plus localisée dans la torsion, plus étendue dans l'appendicite. De plus, dans celle-ci le poulx reste bien frappé, mais la température monte à 38°-39°. D'autre part, dans l'appendicite, la défense abdominale contre les mouvements respiratoires, sans qu'on puisse parler d'immobilité respira-

toire vraie, y est plus marquée. La manœuvre de Rowsing : douleur à droite, par pression de bas en haut du côlon descendant, est positive dans l'appendicite, négative dans la torsion.

La pyélonéphrite gravidique dans sa forme aiguë peut, dans une certaine mesure simuler, la torsion tubaire. Elle peut, en effet, s'accompagner de vomissements, de ballonnement du ventre, de constipation. La distinction s'établit sur un certain nombre de signes cliniques, propres à la pyélonéphrite. La température y est toujours élevée, et peut succéder souvent à un grand frisson. Le syndrome vésical, les points douloureux urétéraux avec leur topographie précise, enfin et surtout l'examen cyto-bactériologique des urines (pyurie et colibacillurie), sont autant de symptômes qui suffisent aisément à éliminer cette affection.

La colique néphrétique peut simuler la torsion tubaire par le siège lombo-iliaque des douleurs. Cette erreur fût commise chez une des malades dont nous relatons l'observation (Obs. II). Effectivement, le rein était douloureux à la palpation et il existait des points douloureux urétéraux. Mais la recherche de sables dans les urines, de sang à l'examen microscopique des urines, des ombres lithiasiques sur les radiographies, nous permettent d'éliminer ce diagnostic.

La colique hépatique n'a pas prêté à confusion. Le maximum de douleur est localisé dans l'hypocondre droit, les irradiations sont ascendantes.

La colique saturnine, les crises gastriques du tabès, l'ulcère gastrique ou duodénal ; seront plus facilement éliminés par leurs signes propres et surtout par la notion des antécédents.

II. — SUPPOSONS MAINTENANT QUE LA PALPATION OU LE TOUCHER VAGINAL COMBINÉ AU PALPER, DÉCÈLE L'EXISTENCE D'UNE MASSE DOULOUREUSE PARA-UTÉRINE.

La seule présence de cette tumeur éveille l'idée d'un certain nombre d'affections que nous allons passer en revue :

La rupture de grossesse tubaire. Brusquement, au cours de ses occupations, la femme accuse une douleur abdominale violente et présente en même temps des tendances syncopales. Mais à l'examen, les signes d'hémorragie interne grave, les signes physiques, le retard survenu dans les règles, constituent un ensemble d'indices très suffisants pour reconnaître l'affection et pour indiquer l'extrême urgence d'une intervention chirurgicale.

L'appendicite pelvienne. Le toucher vaginal met souvent en évidence, dans le cul-de-sac vaginal droit, une douleur vive et un peu d'empâtement. Cette appendicite provoque toujours une très notable élévation de température. Les signes urinaires : ténésme vésical, rétention d'urine ou simple dysurie sont presque constants ; ce qui élimine le diagnostic de torsion tubaire.

La torsion brusque d'un pédicule de kyste ovarique.

L'existence d'une tumeur, précédemment con-

statée, et son augmentation subite de volume, augmentation révélée par le toucher vaginal combiné au palper, constituent un renseignement d'importance capitale. Souvent ce renseignement est confirmé par la constatation de plusieurs petites crises douloureuses atténuées ; qui révèlent une torsion lente et incomplète, précédant elle-même, le plus souvent, une torsion brusque et serrée.

Le fibrome sous péritonéal à pédicule tordu ; provoque des crises de torsion aiguës comparables à celles de la torsion tubaire, l'observation suivante est à ce point de vue très démonstrative :

M^{me} J... 32 ans, est vue au début de septembre 1933, à la Maternité clinique de Nantes, par le Dr JAROUSSE. A l'examen, celui-ci constate la présence d'un fibrome mobile dans la fosse iliaque gauche. Elle est enceinte de six mois environ ; ses dernières règles datent du 10 au 14 mars 1933. Elle a été réglée à 12 ans, toujours très régulièrement. Or le 27 septembre, elle est prise brusquement d'une violente douleur siégeant dans la fosse iliaque gauche. Elle ne présente ni vomissements, ni constipation. Le pouls est à 80, la température normale. On décide de rester dans l'expectative et d'appliquer des compresses laudanisées sur le ventre de la malade.

Les douleurs ne s'atténuent pas, et le lendemain, 28 septembre, on lui fait une injection de morphine. Dans les heures qui suivent, la malade présente des nausées, et on note un arrêt des gaz. A la palpation, la tumeur est toujours très douloureuse ;

mais le pouls reste à 80, et la température normale.

L'intervention est toutefois décidée et est pratiquée à 17 heures sous anesthésie générale. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine s'écoule du liquide séro-hématique sans odeur, et l'on trouve un fibrome pédiculé tordu à 180°. Le pédicule est lié, puis sectionné. Suture de la paroi en trois plans sans drainage.

Des injections de morphine sont faites dans les quatre jours qui suivent, pour éviter l'apparition possible de contractions utérines. Suites opératoires des plus simples et la malade quitte la maternité clinique dans un état satisfaisant. La grossesse suit son cours, et la jeune femme accouche normalement au mois de décembre 1933.

Nous voyons que ce tableau simule assez bien celui de la torsion tubaire. Néanmoins, dans le fibrome sous péritonéal à pédicule tordu, la masse perçue au toucher combiné au palper, est le plus souvent antérieure et présente des rapports particulièrement intimes avec l'utérus.

La crise de **salpingite aiguë** s'accompagne en général d'une température élevée. Les douleurs y sont plus sourdes et plus continues que dans la torsion. Le toucher vaginal est très douloureux, et le doigt éprouve dans les culs de sac vaginaux une sensation d'empâtement. Enfin la notion d'infection puerpérale ou gonococcique éclairera sur l'étiologie de l'affection.

Il faut éviter de confondre la salpingite aiguë avec

la torsion tubaire, alors que celle-ci est une indication opératoire formelle ; la salpingite aiguë, au contraire, ordonne l'abstention et le refroidissement.

La rétroflexion aiguë de l'utérus gravide se produit d'habitude vers le troisième mois de la grossesse ; et se manifeste d'une façon brusque, par des douleurs pelviennes, des nausées, des vomissements. La température reste normale, les fosses iliaques ne sont pas douloureuses.

Le toucher vaginal, révèle dans le cul-de-sac postérieur, une tumeur globuleuse, dure, douloureuse ; qui n'est autre que le corps utérin. Dans le cul-de-sac antérieur, très profond, on atteint le col : et la solidarité de celui-ci et de la masse perçue est assez caractéristique pour permettre d'éliminer l'hypothèse de la torsion tubaire.

Enfin, lorsqu'il y a des signes d'occlusion (Obs. I), il faut avant tout éliminer l'**occlusion intestinale** vraie et le volvulus du grêle. Dans ces affections, un premier signe est l'arrêt des matières et des gaz qui, non seulement est précoce, mais absolu d'emblée. En second lieu, la douleur demeure limitée en un point quelconque de l'abdomen et ne se généralise que secondairement.

Enfin, on observe dans presque tous les cas l'existence de mouvements péristaltiques de l'intestin.

Les vomissements sont constants, bilieux et très rapidement porracés.

Le pouls est petit, rapide, filant dissocié d'avec la température.

Pour être plus complet, ajoutons que le météorisme dans l'occlusion, est un signe capital qui présente les caractères suivants :

— il est considérable, d'abord local, de siège variable et se généralise très rapidement à tout l'abdomen ;

— c'est un météorisme asymétrique ;

— il présente les caractères que l'on groupe sous le nom de signe de von Walhl. La palpation permet d'apprécier un abdomen à résistance élastique, et la percussion met en évidence le tympanisme.

Nous venons ainsi de passer en revue toutes les affections susceptibles de présenter un tableau clinique, simulant celui de la torsion tubaire ; ou plus exactement s'en rapprochant.

TRAITEMENT

Tous les cas que nous avons relevés dans la littérature médicale, ont été traités par l'ablation de l'annexe lésé.

A part la médication calmante des premières heures, le traitement doit être toujours chirurgical. Aussi nous dirons avec DELBET que « le diagnostic de la torsion du pédicule d'une tumeur abdominale quelconque, impose une intervention chirurgicale immédiate ».

L'incision qui semble la plus indiquée est l'*incision iliaque oblique*. Celle-ci fut pratiquée chez quatre malades de notre statistique (Obs. II, III, IV et VII). Deux auteurs ne nous donnent pas de précision sur le choix de leur incision (Obs. V et VI). Dans un cas (Obs. I) une laparotomie médiane sous ombilicale fut pratiquée. Cette dernière incision ne nous semble pas à recommander. En effet, en cas de grossesse avancée, elle oblige à des manipulations de l'utérus gravide, qui ne sont pas sans danger pour l'évolution ultérieure de la grossesse. L'incision iliaque oblique évite cet écueil, et permet d'avoir un jour considé-

nable sur la région où siège la lésion présumée. En outre, elle permet d'explorer tour à tour la trompe, l'ovaire et l'appendice (en cas d'incision oblique droite). De plus comme dans la majorité des cas, il s'agit de torsion de la trompe droite (celle-ci est reportée en arrière par la dextro-torsion de l'utérus gravide), l'incision iliaque oblique, donne un accès beaucoup plus facile sur la trompe où siège la lésion. L'incision oblique droite, n'est-elle pas encore beaucoup plus légitime que la laparotomie médiane sous-ombilicale, puisque bien souvent le diagnostic est incertain, et que l'on penche volontiers vers celui d'appendicite ?

L'incision étant faite, on place un écarteur, type Gosset ou Dartigues. On écarte l'utérus, à l'aide d'une large valve vaginale. On tombe ainsi sur la trompe tordue, que l'on expose bien dans le champ opératoire après avoir observé la disposition de la torsion et libéré, le cas échéant, les adhérences ; on la détord avec douceur. On place ensuite une pince au niveau de l'extrémité utérine de la trompe. Une autre pince est mise sur le méso-salpinx, aussi près que possible de la trompe, de façon à conserver à l'ovaire le maximum de vascularisation. On resèque la trompe aux ciseaux, on lie ensuite les pédicules tubaires en n'oubliant pas leur friabilité (éviter les ligatures trop serrées qui pourraient les sectionner).

A cela se borne l'intervention, car il ne faut pas songer à péritoniser en raison de la vascularisation de l'utérus gravide. Après une toilette rapide du

péritoine (assèchement à la compresse) et une vérification de l'état de l'appendice, on referme la paroi abdominale, en affrontant soigneusement les tissus plan par plan : plan péritonéal, plan du petit oblique et du transverse, plan du grand oblique et enfin plan superficiel.

L'opérateur ne doit pas perdre de vue que la *rapidité d'exécution* et la *douceur des manœuvres*, ont ici une importance primordiale.

Il nous semble que, dans les cas où la trompe seule est tordue, on doit conserver l'ovaire : celui-ci pouvant renfermer un corps jaune, dont l'ablation peut interrompre le cours de la grossesse. On a fait, d'ailleurs une salpingectomie simple chez six des malades dont nous rapportons les observations. Dans un cas seulement (Obs. I) la castration unilatérale fut pratiquée.

Dans les quatre ou cinq premiers jours qui suivent l'intervention, il sera utile de faire à l'opérée une injection sous-cutanée de morphine. Celle-ci aura pour but d'éviter le réveil possible des contractions utérines qui pourraient provoquer un accouchement prématuré.

CONCLUSIONS

1^o La torsion isolée de la trompe saine au cours de la grossesse est une affection rare, mais grave.

2^o La pathogénie de cet accident reste encore douteuse.

3^o La torsion tubaire peut être soit aiguë d'emblée soit subaiguë ou à poussées successives, caractérisée dans ce cas par plusieurs crises douloureuses aboutissant finalement à un épisode aigu.

4^o Le tableau clinique est celui d'un syndrome abdominal aigu.

5^o Le diagnostic n'a jamais été fait, avant l'opération, il fut soupçonné une fois seulement dans les observations que nous rapportons.

6^o Cet accident est confondu le plus souvent avec la crise appendiculaire. Le diagnostic différentiel se fera plus rarement avec le kyste de l'ovaire tordu, la grossesse extra-utérine rompue, le fibrome sous-péritonéal à pédicule tordu ; accessoirement avec la salpingite banale, l'occlusion intestinale et les différentes coliques, néphrétiques surtout.

7^o Le traitement ne peut être que chirurgical. Il

faut recourir à une incision latérale pour éviter le malaxage de l'utérus gravide.

La salpingectomie simple est l'opération de choix.

8° Dans les premiers jours qui suivent l'intervention, il sera utile de faire à l'opérée des injections de morphine, pour éviter le réveil possible des contractions utérines.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : le Président de Thèse,
Professeur A. BRINDEAU

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AIGRAT. — De la torsion des annexes normales au cours de la grossesse. *Vie médicale*, n° 5, 10 mars 1930.
- AULHORN. — Torsion spontanée de la trompe normale pendant la grossesse. *Zent für gyn.*, 1910, page 538.
- AUVRAY. — *Archives mensuelles d'obst. et gyn.*, juillet 1912.
- BITTMANN. — Spontan Torsion der Tube in der Graviditat. *Casopis Lakaruv Ceshych.*, 1921.
- CABANÉS. — Torsion de la trompe interne normale au huitième mois de la grossesse. *Bull. Soc. obs. et gyn.*, 1924, p. 508.
- DELFOURD. — Un cas de torsion des annexes droites saines au cours de la grossesse. *Soc. nat. de chir.*, 12-3-1930.
- ESCANDE. — Contribution à l'étude de la torsion tubaire. *Thèse Paris*, 1926.
- EUNIKE. — Isoliert Torquierte Normal Tube. *Zent für gyn.*, Leipzig, 1922, page 1484.
- GELLÉ. — Torsion des annexes saines. *Thèse Lille*, 1928.
- GUIMBELLAT. — Torsion des annexes au cours de la grossesse. *Soc. Chirurgie*, 8-1-1930.
- HOFFMANN. — Torsion isolée de la trompe normale au huitième mois de la grossesse. *Zent für gyn.*, 1921, page 1188.
- LEBOIS. — Contribution à l'étude de la torsion intra-abdominale de la trompe interne saine. *Thèse Paris*, 1931.
- LECÈNE. — Torsion tubaire pendant la grossesse. *Archives mensuelles d'obst. et gyn.*, juillet 1912.
- MICHON. — Valvulus de l'annexe droite au cours de la grossesse. *Lyon médical*, 1925, n° 27.
- PÉLISSIER. — La torsion des annexes saines au cours de la grossesse. *Thèse Toulouse*, 1930-31.
- REGAD. — La torsion des trompes utérine. *Thèse Lyon*, 1933.
- STOIANOVITCH. — De la torsion de la trompe utérine saine, *Thèse Paris*, 1926.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 5-3-1934.
